SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL ATLÁNTICO**

**CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN- ATLÁNTICO**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **920710** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **00955-304650** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 22.463.628 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | bienestarapoyoscnca@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 10719552183 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3002688696 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 5798684/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **102424** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 9 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | R.P-SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA ACOMPAÑAR LA ASIGNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS APOYOS SOCIOECONÓMICOS Y/O ESTÍMULOS, EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL INTEGRAL DE BIENESTAR AL APRENDIZ Y NORMATIVIDAD VIGENTE. ONBASE, 08-9-20 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **18/04/2024 Al 30/04/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 26.240.001 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 26.240.001 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 1.386.667,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 24.853.334 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.386.667 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 1.386.667** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 757.367** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | | Abril | Marzo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **69285317** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.300.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 162.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 208.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 6.800 | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 27.886.012 | $ 252.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 757.367,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.016.167,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 - BARRANQUILLA | 10.162,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$1.376.505,00** | |

**SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Creación de Googles forms para consolidar socioeconómica y bancaria de aprendices adjudicados.

Envío masivo solicitud documentos s adjudicados apoyo de sostenimiento FIC abril 2024

Envío de correo recordatorio acerca de la remisión de las bitácoras soportes de los apoyos de sostenimientos

Atención presencial y virtual a los aprendices sobre las inquietudes e inconvenientes presentados sobre los apoyos de sostenimiento re

Entrega insumos e información socioeconómica área de presupuesto de aprendices adjudicados apoyo de sostenimiento regular y FIC.

Asociación del número de resolución del CNCA al código de resolución en Sofía Plus – reemplazo.

Digitalización de la resolución de reemplazo del mes de abril.

Validación de los aprendices a pagar el apoyo de sostenimiento FIC

Organización de los documentos que envían los beneficiarios de apoyos socioeconómicos conforme lo requiere el área de presupuestos.

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

**ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**MARYURI CERVANTES DE LA HOZ**
**PROFESIONAL G02**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**

**EL ORDENADOR DEL PAGO**
**DORIS ESTER DEL TORO RUIZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-05-14, 05:23:13 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 69285317

**Periodo Cotización:** marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024

## PAGADO 31/03/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON | | |
| **Documento** | CC22463628 | **Dirección** | CR 26 #3 A - 252 AP801T-B PORTAL2 VCAMPE |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6053002415 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | PUERTO COLOMBIA | **Departamento** | ATLANTICO |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 22463628 | ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 | $ 0 | $ 370.500 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Medellín, 31 de marzo de 2024

Apreciado usuario,
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de SuAporte.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

**Información de la empresa:**

Razón Social: ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON

Documento de Identidad: CC 22463628

Usuario: ADRIANA OSORIO

Teléfono: 6053002415

Número de Planilla: 69285317

Fecha de Recepción: 31 de marzo de 2024

Periodo de Cotización: 2024-03

**Información relacionada a Pensiones**

Administradora: 230201 - PROTECCION
Número de empleados: 1
Valor: $208.000

**Información relacionada a Salud**

Administradora: EPS010 - EPS SURA
Número de empleados: 1
Valor: $162.500

Total Pagado: $370.500

Cualquier inquietud adicional, comuníquese con nuestras Líneas de Servicio al Cliente: Barranquilla: 385 24 44, Bogotá: 742 44 88, Bucaramanga: 697 87 27, Cali: 485 94 44, Cartagena: 693 77 27, Pereira: 340 13 27, Manizales: 892 80 27, Medellín: 604 27 27, desde otras ciudades: 018000 51 99 77, servicioalcliente@enlace.com.co
Cordialmente,
SERVICIO AL CLIENTE

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141026342071

(415)7707212489984(8020) 000014102634207 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 2 4 6 3 6 2 8 | 1 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 2 2 4 6 3 6 2 8 | 1 9 9 6 0 9 2 1 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OSORIO | ALARCON | ADRIANA | MARGARITA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Puerto Colombia 5 7 3 |

41. Dirección principal: CR 26 3 A 252 AP 801 TO B BRR VILLA CAMPESTRE

42. Correo electrónico: alosmarad@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 2 6 8 8 6 9 6 | 3 1 2 8 8 0 1 4 3 5 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 1 1 2 | 2 0 0 0 0 9 2 2 | 7 0 1 0 | 2 0 2 4 0 4 2 2 | 7 4 9 0 | 8 2 9 9 | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

54. Código

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2024 - 04 - 24 / 08 : 20: 52

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: TELLEZ ROCHA YENIFER PAOLA

985. Cargo: Analista I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22463628 realizó el día 12/05/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22463628 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22463628 el día 12/05/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS SA
Date: 2024.04.24 09:35:16 -05:00

**Código de Seguridad:** X1ZNqJHUPt5+HvQfkPvxyA==

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

**REHABILITACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO**

**ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**

**VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I**

| No. PÓLIZA | BQ-100080153 | No. ANEXO | 2 | No. CERTIFICADO | 28370814 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 24/04/2024 | SUC. EXPEDIDORA | BARRANQUILLA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 24/01/2024 | 24:00 Horas Del | 23/04/2025 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | OSORIO ALARCON MARGARITA, ADRIANA | **No. DOC. IDENTIDAD** | 22.463.628 |
| **DIRECCIÓN** | CRA 26 # 3A-252 AP 801 T B PORTAL 2 VILLA CAMPESTRE | **TELÉFONO** | 3002688696 |
| **ASEGURADO** | SENA REGIONAL ATLANTICO INTERCENTROS | **No. DOC. IDENTIDAD** | 899.999.034-1 |
| **DIRECCIÓN** | CALLE 30 NO 3E-154 | **TELÉFONO** | 5461500 |
| **BENEFICIARIO** | SENA REGIONAL ATLANTICO INTERCENTROS | **No. DOC. IDENTIDAD** | 899.999.034-1 |
| **DIRECCIÓN** | CALLE 30 NO 3E-154 | **TELÉFONO** | 5461500 |

## OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE MODIFICA NOMBRE DEL TOMADOR DE LA POLIZA TENIENDO EN CUENTA CESIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.5798684 DE
2024, CONTRATANTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CEDENTE:
SILVIA JOHANNA GOMEZ PEÑALOZA CESIONARIO: ADRIANA MARGARITA
OSORIO ALARCON
GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.5798684 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA ACOMPAÑAR LA ASIGNACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS APOYOS SOCIOECONÓMICOS Y/O ESTÍMULOS, EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL INTEGRAL DE BIENESTAR AL APRENDIZ Y NORMATIVIDAD VIGENTE.

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA$ | VALOR PRIMA$ |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 18/04/2024 | 24:00 Horas Del 23/04/2025 | 3.520.000,00 | 0,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | TOTAL ASEGURADO | $ 3.520.000,00 | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| JENNIFER MARIA ZAMORA SCHETTINI | AGENTES | 100,00 |
| | | |

| DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| COMPAÑÍA | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **PRIMA BRUTA** | $ | 0,00 |
| **DESCUENTOS** | $ | |
| **EXTRA PRIMA** | | |
| **PRIMA NETA** | $ | 0,00 |
| **GASTOS EXP.** | $ | 0,00 |
| **IVA** | $ | 0,00 |
| **TOTAL A PAGAR** | $ | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **CONVENIO DE PAGO** | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 24/04/2024 |

## CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL **01 8000 111 935** O LÍNEA EN BOGOTÁ **327 47 12 / 13.**

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

Lineas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando reponsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.



AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

**COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.**
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

**REHABILITACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO**

**ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**

**VERSION CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I**

| No. PÓLIZA | BQ-100080153 | No. ANEXO | 2 | No. CERTIFICADO | 28370814 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 24/04/2024 | SUC. EXPEDIDORA | BARRANQUILLA |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 24/01/2024 | 24:00 Horas Del | 23/04/2025 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

## CONDICIONES PARTICULARES

---

"Con la emisión de la póliza se entiende que se autoriza a Seguros Mundial para que realice gestión de cobranza en caso de que aplique, a través de los siguientes canales: correo electrónico, llamada, SMS y WhatsApp. No obstante, en cualquier momento podrá solicitar la exclusión de alguno estos canales por medio de:
Página web: www.segurosmundial.com.co
Correo electrónico: mundial@segurosmundial.com.co
Líneas de atención: Bogotá (+601) 3274712 - (+601) 3274713 Nacional 018000111935"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.



AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

# COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

## LA COMPAÑIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A

## CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BQ-100080153** y endoso, **2** cuyo afianzado es: **OSORIO ALARCON MARGARITA, ADRIANA** Asegurado o Beneficiario: **SENA REGIONAL ATLANTICO INTERCENTROS / SENA REGIONAL ATLANTICO INTERCENTROS ,** expedida por la Compañía en **24/04/2024,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

**BARRANQUILLA** a los **24** días del mes **ABRIL** del año **2024.**

Firma Autorizada - Compañia Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®

**Mundial de Seguros S.A.**
**860.037.013-6**

# Recibo de Pago

## - CLIENTE-

| Referencia de Pago No. | 28370814 |
|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Facturación** | 24/04/2024 | | **Fecha Límite de Pago** | 24/05/2024 |
| REHABILITACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 | | | **Prima** (incluye gastos de expedición) | 00,00 |
| **Póliza No.** | BQ–100080153 | | **IVA** | 00,00 |
| **Periodo Facturado** | 24/01/2024 | 23/04/2025 | **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 00,00 |

**EFECTIVO** $

### Datos del Cliente

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | OSORIO ALARCON MARGARITA, ADRIANA | |
| CRA 26 # 3A–252 AP 801 T B PORTAL 2 VILLA CAMPESTRE | | 22463628 |
| **Intermediario** | JENNIFER MARIA ZAMORA SCHETTINI | |

### Cheque

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |

**Apreciado Cliente:**

**1.** No se aceptan pagos parciales.
**2.** Al realizar su pago de forma presencial (ante el cajero del banco) **UNICAMENTE** presente esta boleta de recaudo para garantizar la correcta referenciación del pago.
**3.** Si esta boleta no ha sido recaudada efectivamente el **24/05/2024** se aplicará la clausula de terminación automática especifiada en el condicionado de la póliza y en la carátula de esta (artículo1068 código de comercio)
**4.** Si realiza su pago en cheque o de forma mixta (efectivo y cheque), solamente gire cheque local a nombre de **PATRIMONIOS AUTÓNOMOS CREDICORP CAPITAL FIDUCIARIA Nit 900531292-7,** al respaldo endóselo correctame y diligencie los datos del girador (nombre, NIT, teléfono) y el número de referencia de esta boleta. En caso de devolución del cheque se cobrará sanción del 20% de acuerdo con lo establecido en el artículo 731 del código de comercio. **NO SE ACEPTAN CHEQUES DE OTRAS PLAZAS.**
**5.** Para realizar el pago a través del botón PSE, ingrese a nuestra página web **www.segurosmundial.com.co** en la imagen de PSE haga clic y continúe el proceso de pago.

**ESPACIO PARA EL TIMBRE**

**VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO**

## - BANCO -

| Referencia de Pago No. | 28370814 |
|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Facturación** | 24/04/2024 | | **Fecha Límite de Pago** | 24/05/2024 |
| REHABILITACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 | | | **Prima** (incluye gastos de expedición) | 00,00 |
| **Póliza No.** | BQ–100080153 | | **IVA** | 00,00 |
| **Periodo Facturado** | 24/01/2024 | 23/04/2025 | **VALOR TOTAL A PAGAR $** | 00,00 |

**EFECTIVO** $

### Datos del Cliente

| | | |
|---|---|---|
| **Nombre / Razón Social** | OSORIO ALARCON MARGARITA, ADRIANA | |
| CRA 26 # 3A–252 AP 801 T B PORTAL 2 VILLA CAMPESTRE | | 22463628 |
| **Intermediario** | JENNIFER MARIA ZAMORA SCHETTINI | |

### Cheque

| Banco | No Cuenta | No Cheque | Valor Cheque |
|---|---|---|---|
| | | | |
| TOTAL | | | |

**Corresponsales OPCIÓN1**

(415)7709998434219(8020)00000028370814(3900)000000000000(96)20240524

**Bancos Corresponsales OPCIÓN 2**

(415)7709998039933(8020)031594(8020)22990028370814(3900)000000000000(96)20240524

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

seguros mundial®

# Recibo de Pago

**Mundial de Seguros S.A.**
**860.037.013-6**

## INFORMACIÓN DE PAGO

A continuación te brindamos información de los distintos medios de pago que tendrás a disposición:

### OPCIÓN 1

**CORRESPONSALES**

Carulla · grupo éxito · efecty · edeq · Bancolombia Corresponsal Bancario · Punto de pago Multibanco · Supermercado Mercar · 472 La red postal de Colombia

### OPCIÓN 2

**BANCOS**

Scotiabank · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Bancolombia · Banco de Occidente

**CORRESPONSALES**

puntored
Te damos más

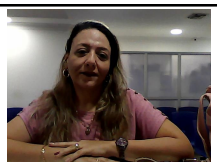
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Tu compañía siempre**

**Medicina Laboral Continental SAS**
**Nit. 900.813.757-0**
Cra 49C No. 80 - 125
Teléfono 3855689
Email: remisiones@laboralcontinental.com
Web: www.laboralcontinental.co

# CONCEPTO DE APTITUD

**Paciente:** ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON **Identificación:** CC 22463628
**Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 1977-12-19 **Edad:** 46 A
**Dirección** CRA 26 # 3A 252 APT 101 T20 PORTAL II VILLA **Teléfono:** 3002688696
**Empresa:** PARTICULAR



**Empresa en misión:** PARTICULAR
**Actividad económica:**
**Talla (mts):** 1.56 **Peso (kg):** 73.0 **IMC:** 30,00 **Grupo Sanguineo:** O +

**EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA**
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

**Orden No.:** 00122174 **Fecha apertura:** 20240410 09:40:35
**Fecha cierre:** 20240410 14:28:51
**Realizado en:** Barranquilla - Atlántico

**Cargo u Oficio:** BIENESTAR AL APRENDIZ

**Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.**

## EXAMENES REALIZADOS

GLICEMIA,PERFIL LIPIDICO ,CUADRO HEMATICO TEC VSG,EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR,AUDIOMETRIA,VISIOMETRIA

**RECOMENDACIONES LABORALES**

Uso de elementos de proteccion personal segun exposicion a riesgo
Seguir normas de seguridad y salud establecidas por la empresa
Cumplir con los protocolos de bioseguridad aplicable al proceso productivo
Higiene postural
Pausas activas

**MANEJO POR EPS**

Control y tratamiento por EPS: alteracion en reporte de colesterol
Valoración Nutricionista.

**RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA**

Control según PVE.

## RESTRICCIONES LABORALES

**CONCEPTO DE APTITUD:** EXAMEN MEDICO CON RECOMENDACIONES

**Firma del medico especialista en Salud Ocupacional**
**Nombre:** MILENA DE JESUS DIAZ GONZALEZ
**Especialidad:** Medico especialista en salud ocupacional
**Licencia S.O.:** RESOLUCION 5738 DEL 2016 **Registro No.:** 0756

**Firma del Paciente**
**Tipo y No. Id:** CC 22463628

**Medicina Laboral Continental SAS**
**Nit. 900.813.757-0**
Cra 49C No. 80 - 125
Teléfono 3855689
Email: remisiones@laboralcontinental.com
Web: www.laboralcontinental.co

# AUDIOMETRIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tipo Evaluación realizada:** | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | **Fecha de evaluación:** | 20240410 09:40:35 |
| **Lugar de realización:** | Barranquilla - Atlántico | **Orden servicio No.:** | 00122174 |
| **Nombre de la Empresa:** | PARTICULAR | | |

## DATOS DEL PACIENTE



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre y apellidos:** | ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON | | | | |
| **No. Identificación:** | CC 22463628 | | | | |
| **Genero (sexo):** | F | **Edad:** | 46 A | **Teléfono:** | 3002688696 |
| **Profesión:** | INGENIERO INDUSTRIAL | | | | |

## INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de ingreso:** | 10/04/24 0:00 | **Jornada de trabajo:** | Diurna | **Tipo jornada:** | **Horas laboradas:** |
| **Antiguedad en la empresa (meses):** | | **Antiguedad en el cargo (meses):** | | | |
| **Area empresa:** | Sin información | | | **Sección:** | Sin información |
| **Cargo u Oficio:** | BIENESTAR AL APRENDIZ | | | | |

## PRUEBA AUDIOMETRIA

| ***Otoscopia*** | **Normalidad** | **Hallazgo** |
|---|---|---|
| Oido derecho | Normal | TINITUS |
| Oido izquierdo | Normal | |

| ***Vía aérea*** | **Derecho (dB)** | **Izquierdo (dB)** |
|---|---|---|
| 250 | 20 | 20 |
| 500 | 15 | 20 |
| 1000 | 15 | 20 |
| 2000 | 20 | 15 |
| 3000 | 25 | 25 |
| 4000 | 30 | 25 |
| 6000 | 35 | 35 |
| 8000 | 15 | 15 |

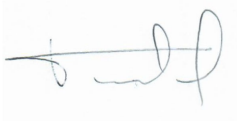
| **PTA - Grado / Significado** | | | **ELI - Grado / Significado** | | | **SAL - Grado / Significado** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **O.D.** | 18.75 | Normal | **O.D.** | C | Normal | **O.D.** | B | Audición Normal |
| **O.I.** | 20.0 | Normal | **O.I.** | C | Normal | **O.I.** | B | Audición Normal |

## RESULTADO DE LA PRUEBA ==> AUDIOMETRIA

**Resultado según GATISO:** OD AUDICION NORMAL EN AREAS DEL LENGUAJE , CON DESCENOS LEVES EN FRECUENCIAS AGUDAS
OI AUDICION NORMAL EN AREAS DEL LENGUAJE, CON DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA DE 6000HZ
OI

Recomendación: Control según PVE.

Observación:



**Firma**
**Nombre:** TIFFANY PATRICIA QUINTERO JIMENEZ
**Registro No.:** RES 000459 DE 19999 **Especialidad:** FONOAUDIOLOGA



**Firma paciente**
ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON

**Medicina Laboral Continental SAS**
**Nit. 900.813.757-0**
Cra 49C No. 80 - 125
Teléfono 3855689
Email: remisiones@laboralcontinental.com
Web: www.laboralcontinental.co

# VISIOMETRIA

## DATOS GENERAL

**Tipo Evaluación realizada:** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
**Fecha de evaluación:** 20240410 09:40:35
**Lugar de realización:** Barranquilla - Atlántico
**Orden servicio No.:** 00122174
**Nombre de la Empresa:** PARTICULAR

## DATOS DEL PACIENTE



**Nombre y apellidos:** ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON
**No. Identificación:** CC 22463628
**Genero (sexo):** F **Edad:** 46 A **Teléfono:** 3002688696
**Profesión:** INGENIERO INDUSTRIAL

## INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

**Fecha de ingreso:** 10/04/24 0:00 **Jornada de trabajo:** Diurna **Tipo jornada:** **Horas laboradas:**
**Antiguedad en la empresa (meses):** **Antiguedad en el cargo (meses):**
**Area empresa:** Sin información **Sección:** Sin información
**Cargo u Oficio:** BIENESTAR AL APRENDIZ

## PRUEBA VISIOMETRIA

**ORGANO / SISTEMA**

| ***Agudeza Visual*** | **Derecho** | **Hallazgo** | **Izquierdo** | **Hallazgo** |
|---|---|---|---|---|
| Visión lejos sin corrección | 20/20 | | 20/20 | |
| Visión próxima con corrección | 20/20 | | 20/20 | |
| Visión próxima sin corrección | 20/100 | | 20/100 | |

| ***Vision de profundidad*** | **Derecho** | **Hallazgo** | **Izquierdo** | **Hallazgo** |
|---|---|---|---|---|
| Visión de profundidad | 40/80% | | | |

| ***Complementaria*** | **Derecho** | **Hallazgo** | **Izquierdo** | **Hallazgo** |
|---|---|---|---|---|
| Foria horizontal (balance muscular) | | 4.0 DP ESO | | |
| Foria vertical (balance muscular) | | 0.0 DP | | |
| Vision de colores | | NORMAL | | |
| Visión de profundidad | | 40"80% | | |

## RESULTADO DE LA PRUEBA

**Resultado:** Defecto de refracción visión proxima adecuadamente corregido
Recomendación:
Observación:



**Firma**
**Nombre:** VIRGINIA MARIA ALCAZAR MONTIEL
**Especialidad:**
**Registro No.:** 080095



**Firma paciente**
ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON

**Medicina Laboral Continental SAS**
**Nit. 900.813.757-0**
Cra 49C No. 80 - 125
Teléfono 3855689
Email: remisiones@laboralcontinental.com
Web: www.laboralcontinental.co

**No. Orden:** 00122174 **Fecha ingreso:** 20240410 09:40:35
**Paciente:** ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON **Identificación:** CC 22463628
**Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 1977-12-19 **Edad:** 46 A **Teléfono:** 3002688696
**Dirección:** CRA 26 # 3A 252 APT 101 T20 PORTAL II VILLA **Medico:** Sin información
**Entidad:** PARTICULAR

**EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO**

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VAL. REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| ***Seccion de proceso*** | | | |
| ***CUADRO HEMATICO TEC VSG*** | | | |
| RECUENTO DE LEUCOCITOS | 8.22 | X10³/mm³ | 4 - 10,04 |
| NEUTROFILOS % | 59.50 | % | 34 - 71,1 |
| LINFOCITOS % | 29.00 | % | 19,3 - 51,7 |
| MONOCITOS % | 10.10 | % | 4,7 - 12,6 |
| EOSINOFILOS % | 0.70 | % | 0,7 - 5,8 |
| BASOFILOS % | 0.70 | % | 0,1 - 1,2 |
| NEUTROFILOS Abs | 4.89 | x10^3/uL | 1,56 - 6,13 |
| LINFOCITOS Abs | 2.38 | x10^3/uL | 1,18 - 3,74 |
| MONOCITOS Abs | 0.83 | x10^3/uL | 0,24 - 1,5 |
| EOSINOFILOS Abs | 0.06 | x10^3/uL | 0,04 - 0,36 |
| BASOFILOS Abs | 0.06 | x10^3/uL | 0,01 - 0,08 |
| RECUENTO DE HEMATIES | 4.62 | X10*6/mm³ | 3,93 - 5,22 |
| HEMATOCRITO | 38.8 | % | 34,1 - 44,9 |
| HEMOGLOBINA | 12.50 | gr/dl | 11,2 - 15,7 |
| MCV | 84.0 | fl | 79,4 - 94,8 |
| MCH | 27.1 | pg | 25,6 - 32,2 |
| MCHC | 32.2 | gr/dl | 32,2 - 35,5 |
| RDW | 13.90 | % | 11,7 - 14,4 |
| RECUENTO TOTAL DE PLAQUETAS | 376 | x10^3/uL | 140 - 400 |
| MPV | 10.0 | fl | 9,4 - 12,4 |
| DIFERENCIAL MANUAL | MEMO | | - |
| VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR (VSG). | 33.0 | mm/hora | 0 - 25 |

HEMOGRAMA DE ULTIMA GENERACION CON DIFERENCIAL EN 6 PARTES INCLUYENDO CONTEO IG, (PROMIELOCITOS, MIELOCITOS Y METAMIELOCITOS) EXCLUYENDO BANDAS/CAYADOS QUE DEBEN SER CONTADOS COMO NEUTROFILOS.

**No. Orden:** 00122174 **Fecha ingreso:** 20240410 09:40:35
**Paciente:** ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON **Identificación:** CC 22463628
**Sexo:** F **Fecha de Nacimiento:** 1977-12-19 **Edad:** 46 A **Teléfono:** 3002688696
**Dirección:** CRA 26 # 3A 252 APT 101 T20 PORTAL II VILLA **Medico:** Sin información
**Entidad:** PARTICULAR

**EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO**

| ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VAL. REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| NORMOBLASTOS ABS | 0.00 | | 0 - 0,01 |
| NORMOBLASTOS % | 0.00 | | - |
| CELULAS INMADURAS | 0.030 | | 0 - 0,3 |
| CELULAS INMADURAS % | 0.40 | | 0 - 3 |
| RETICULOCITOS % | 0 | | 0,5 - 1,7 |
| RETICULOCITOS Abs | 0 | | 0,02 - 0,08 |
| FRACCION DE RETICULOCITOS INMADUROS | 0 | | 3 - 15,9 |
| HEMOGLOBINA RETICULOCITARIA | 0 | | 28,2 - 36,6 |
| FRACCION DE PLAQUETAS INMADURAS | 0 | | 0,9 - 11,2 |
| DUMMY | . | | - |
| ***GLICEMIA*** | | | |
| GLICEMIA | 87.0 | mg/dl | 70 - 100 |
| ***PERFIL LIPIDICO*** | | | |
| COLESTEROL TOTAL | 214.0 | mg/dl | 80 - 200 |
| COLESTEROL HDL | 63.0 | mg/dl | - |
| COLESTEROL LDL | 140.0 | mg/dl | - |
| TRIGLICERIDOS | 97.0 | mg/dl | 30 - 200 |
| COLESTEROL VLDL | 19.4 | mg/dl | 0,1 - 40 |

# Certificado
# Bancario

Viernes, 5 de abril de 2024

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON identificado(a) con CC 22463628, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 10719552183 | 2004/09/30 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Yo, **ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON** , identificado (a) con **C 22463628** en calidad de **TRABAJADOR INDEPENDIENTE AUTORIZO** a **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, para recibir notificación electrónica de todos los documentos expedidos en virtud de la relación jurídica en calidad de ARL. Lo anterior conforme a lo establecido en el artículo 67 de la Ley 1437 de 2011, articulo 8 de la Ley 2213 de 2023 y demás normas concordantes a través del correo existente en nuestros registros.

Declaro que autorizo a **POSITIVA COMPAÑÍA SEGUROS S.A.**, para el tratamiento y manejo de mis datos personales y de mi representada, con el fin de facilitar el trámite de notificación electrónica, que conozco los derechos que me asisten como titular y de la identificación, dirección y teléfono del responsable de tratamiento de mis datos, de conformidad con las leyes 1581 de 2012, 1712 de 2014, 1437 de 2011, 1918 de 2018, Decreto 753 de 2019 y demás normas aplicables.

14 de mayo de 2024

ADRIANA MARGARITA OSORIO ALARCON
C 2945870

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Positiva Compañía de Seguros S.A.**
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS